
Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200018276

Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200018276

Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200018276

Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200018276 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 26/08/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO MODERADO.
FRATURA DE CALOTA CRANIANA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4710 4 CONTA: 25475 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200018276
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Pereira de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Correia do Couto, 2305 Casaparque Ideal
Centro Teresina PI CEP: 64078-710
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1113997
Data local do acidente: [26/08/2019]
Data local do exame: [27/01/2020] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-CONTUSOES PARENQUIMATOSAS COM FOCOS HEMORRAGICOS EM LOBOS FRONTAL DIREITO, TEMPORAIS E
PARIETAL ESQUERDO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: 27/09/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**PACIENTE EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CEFALÉIA, COM TONTURAS SEM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, SEM
USO DE ANTICONVULSIVANTE, SEM LAPSO DE MEMÓRIA.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
☒ (X) Sim ☐ () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
☐ () Sim ☒ (X) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
☐ () "Vítima em tratamento" ☒ (X) "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo | % do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo | % do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009572/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/01/2020 16:33 Data/Hora Fim: 08/01/2020 16:33
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 26/08/2019 08:21

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Novo Horizonte
Logradouro: Avenida Joaquim Nelson

Nº: 3320
CEP: 64.078-150

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 17/01/1955 Idade: 64 anos
Naturalidade: PI - Campo Maior Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Jovelina Pereirade Oliveira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1113997

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: Rua Correia do Couto
Bairro: Parque Ideal
Nº: 2305
CEP: 64.078-710

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 138.047.583-04	Placa NIO5602
Renavam 00306090791	Número do Motor JC41E1B456230
Número do Chassi 9C2JC4110BR456230	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor VERMELHA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 18/06/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Pereira de Oliveira	Proprietário



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009572/2019-A01

RELATO/HISTÓRICO

O NOTICIANTE QUE CONDUZIA A MOTO ACIMA CITADA, DE SUA PROPRIEDADE, VINHA NA VIA CITADA, QUANDO DERRAPOU, CAIU SENDO SOCORRIDO POR TERCEIRO E LEVADO PRA UPA DO RENASCENÇA III, E TRANSFERIDO PARA O HUT. PRONTUARIO.520996. FATO TESTEMUNHADO; ALEXSANDRO FERREIRA DA SILVA. CPF.645.146.503-82. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

ASSINATURAS


Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
escrivão
Matrícula 0097616
Responsável pelo Atendimento


Antonio Pereira de Oliveira
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4710 4 CONTA: 25475 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vaimascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CNF 001/0002/2010

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	162	164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	13692	Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	162	Emissão:	23/09/2019
Consumo faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	
AGO/19 158	CONSUMO 162 A R\$ 0,912203 = 147,77
JUL/19 151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,74
JUN/19 154	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 0,01
MAI/19 140	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,16
ABR/19 143	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 0,24
MAR/19 153	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00 0,03
FEV/19 204	MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,89
JAN/19 133	JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,43
DEZ/18 136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,47
NOV/18 160	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 162 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E							
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$					
Distribuição:	31,07			Base de Cálculo:	147,77		115,26		
Energia:	60,00			Alíquota ICMS:	22,00%				
Transmissão:	10,14			Valor do ICMS:			32,50		
Encargos:	4,96			Valor do PIS:	1,40%		1,62		
Tributos:	41,60			Valor do COFINS:	6,49%		7,48		
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			OMIC	OICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Conjunto	TERESINA-MACAUBA					Período de apuração:	07/2019	RUSD	53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051867-0	164,27
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019
Nº da Nota Fiscal:	027701995 FCAM

83620000001 3 64270017000 3 000000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06** | **Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Soares de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Pereira de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 138.047.583-04
do sinistro de DPVAT cobertura Frustrada da Vítima Antônio Pereira de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 138.047.583-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: 24 de maio</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000-902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99472 9541</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 12.11.19

Keylly Soares de Oliveira
Assinatura do Declarante

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 27/08/2019 09:56:26

(User: TORQUATO NETO)

(Estação: CONSULTOR1004)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA			Prontuário: 104549
Mãe: JOVELINA PEREIRA DE OLIVEIRA	Pai: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA		
End.Resid.: R CORREIA DO COUTO 2443 - PARQUE IDEAL - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 17/01/1955	Idade: 64a7m10d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99961-3880
Responsável: O MESMO		CNS: 898002370171989	
Profissão:		Documento: CPF: 138.047.583-04	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Idigo: 418794	Entrada: 27/08/2019 08:21:04	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR DE CABEÇA/CEFALEIA			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: Paciente relata queda de moto há 1 dia com pancada na cabeça, refere cefaléia e vômito. Nega alergia medicamentosa e comorbidades. PA:155/95mmHg, pulso:71		RENATA HANNA PESSOA SAMPAIO 485355 Em: 27/08/2019 08:30:57

SSVV: (Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm
Pressão: mmHg			
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: QP:DOR DE CABEÇA DA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, EVOLUINDO COM CEFALEIA, NAUSEAS, MAL ESTAR HD: CEFALEIA			
			
Diagnóstico Inicial: ?			CID:
Exames Complementares: RX DO CRANIO			
Prescrição Médica: TILATIL 40MG 01AMP +AD EV DIPIRONA 01AMP +AD EV DEXAMETASONA 01AMP +AD EV			
Motivo da Alta/Encerramento: Encaminhado para Medicação			
DATA: 27/08/2019		HORA: 10:10	

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. José Torquato de Macedo Neto
Clínica Médica
CRM-PI 2251-ET
27/08/2019 09:56:24

SSVV:

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 736751998	Nº REGULAÇÃO: 88571	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86)	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	3234-7074	
LEITO: NEUROLOGIA	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA	PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT
PACIENTE: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA	NASCIMENTO: 17/01/1955	

DADOS CLÍNICOS**HISTÓRIA CLÍNICA:**

27/08/2019 10:11:38 PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 24 HORAS, NAO UTILIZAVA CAPACETE EVOLUINDO COM CEFALÉIA, NAUSEAS E MAL ESTAR, DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO HOJE. RX EVIDENCIANDO FRATURA DE CALOTA CRANIANA EM R. FRONTOTEMPORAL S ESQUERDA EF: REG, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AR AMBIENTE, AFEBRIL, ORIENTADO, CONSCIENTE, SEM DEFICITS NEUROLOGICOS. PUPILAS IFRSEM RIGIDEZ NA NUCAACP MV+ SEM RARR2T, BNF, SSSOLICITO TC DE CRANIO E AVALIAÇÃO DA NEURO

PROVAS DIAGNÓSTICAS:**EXAMES SOLICITADOS:**

TC DE CRANIO

DIAGNÓSTICO(CID): OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS**COMORBIDADE:****PRESSÃO ARTERIAL:** 150x90(mmHg)**FREQ. CARDÍACA:**

71bpm

SATURAÇÃO: 99%**FREQ.****RESPIRATÓRIA:**

20rpm

GLICEMIA:**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15**USO DE O2:****USO DROGAS VASOATIVAS:****USO ANTIBIÓTICOS:****USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:****DATA:** 27/08/2019 10:51:59

Dr. Fernando Moraes
Medico
CRM-P17561

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Antonio Pereira de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 520996

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Neurologia

Data: 27/08/2019 14:28:07

(User: ISMAEL MAURIZ)

(Estação: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA		Prontuário: 520996
Mãe: JOVELINA PEREIRA DE OLIVEIRA	Pai: RAIMUNDA PEREIRA DE OLIVEIRA	
End.Resid.: RUA CORREIA DO COUTO Nº2443, PARQUE IDEAL - PARQUE IDEAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 17/01/1955	Idade: 64a7m10d	Sexo: Masculino Fone: 86-99914-944
Responsável: ESPOSA-ALBERTINA DE OLIVEIRA		CNS: 898002370171989
Profissão: PEDREIRO		Documento: RG: 1113997 - SSP PI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 738203	Entrada: 27/08/2019 13:54:20	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
ativo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR DE CABEÇA/CEFALEIA/ENXAQUECA			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Classificação: Alteração súbita da consciência	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: ENCAMINHADO DA UPA-RENASCENÇA C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 24H. RELATO DE TCE, CEFALÉIA, NÁUSEAS, MAL ESTAR, DESORIENTAÇÃO. (SIC) ECG-14 NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. (SIC)		CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 136833 Em: 27/08/2019 14:08:27

SSVV: (Hora: ____:____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: ACIENTE REGULADO DA UPA DO RENASCENÇA, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EM TERESINA HA APROXIMADAMENTE 24H, RELATA ESTAR DE CAPACETE NA HORA DO ACIDENTE. AO EXAME NAO CONSEGUIU-SE PRECISAR SOBRE PERDA DE CONSCIENCIA, (HISTORIA CONFUSA). NEGOU VÔMITOS APESAR DAS NAUSEAS, NEGA OTORRAGIA OU RINORRAGIA. REFERE CEFLEIA DE FORTE INTENSIDADE HOLOCANIANA. A: VIA AEREA PERVIA. DEAMBULANDO, T'RAX NORMO EXPANDIDO SIMETRICO B: MV+, SRA, SAT O2: 96% C: FC= 70BPM ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE D: GLASGOW 15 E: SEM ESCORIAÇÕES	TOMOGRAFIA REALIZADA DATA 27/08/19 HORA 14:58 EXAME C/MAIO TECNÓLOGO: [Assinatura]
--	--

Diagnóstico Inicial: ?	303040092	CID: S063
----------------------------------	-----------	---------------------

Exames Complementares: (1294340) - T.C. DE CRANIO	Assinatura: Antonio Carlos Sousa Neurocirurgia CRM-PI 3720
---	---

Prescrição Médica:	Assinatura: Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 4390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL
---------------------------	--

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto)	DATA: 27/08/19 HORA: 14:50	Assinatura: William Wobber C. Barros CRM-PI 2777
--	--	--

Assinatura Paciente ou Responsável: 15:05h solicitada telefonicamente Assinatura: [Assinatura]	Assinatura: Ismael Pereira Mauriz CRM: 4712 Em: 27/08/2019 14:28:06
---	---



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

236879

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	246073

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA			6 - Prontuário:	520996
7-CNS:	898002370171989	8-Nascimento:	17/01/1955	9-Sexo:	Masculino
				RG:	1113997 - SSP PI
1-Mãe:	JOVELINA PEREIRA DE OLIVEIRA			12-Fone:	86-99914-944
Resp:	ESPOSA-ALBERTINA DE OLIVEIRA			14-Cor:	Parda
15-Ender:	RUA CORREIA DO COUTO N°2443, PARQUE IDEAL - PARQUE IDEAL - CEP: 64000-010				
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NAO CONSEGUIU-SE PRECISAR SOBRE PERDA DE CONSCIENCIA, (HISTORIA CONFUSA). NEGOU VÔMITOS APESAR DAS NAUSEAS, NEGA OTORRAGIA OU RINORRAGIA. REFERE CEFLEIA DE FORTE INTENSIDADE HOLOCRANIANA.

21 - Condições que justificam a internação:

AS A CIMA

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

EXAME CLÍNICO + TC DE CRÂNIO

23-Diagnóstico Inicial:

Outros traumatismos intracranianos

24-CID Prin:

ID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

5068

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0303040092	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)	Tempo SUS 7
29-Clinica: 30-Carâter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 963.249.613-20	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA	34-Data Solicitação: 27/08/2019

Dr. Marcus Vinicius O. dos Santos
CRM: 3950
Coordenador - Neurocirurgia
Hospital de Urgência de Teresina
HOSP. CAJUMBA Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:		47 - Data Autorização: 17/09/19	 50 - (Assinatura do(a) Auditor(a) - Conselho)
48 - Documento: () CNS () CPF	49 - Num. Documento:		

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

A Albertina de O. Sousa

50-
Assessoria de Auditoria - OAB/SP nº 373.266 (S)
CRM - P 1706-008-33260002
MAIZA VA
Local: 736
SUS:
Expressão: 27/08/2016

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 236879
	AIH: 2219101853310
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 709202215002332	NOME DO PACIENTE ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA	NASCIMENTO 17/01/1955	SEXO M	PRONTUÁRIO 520996
DOCUMENTO CPF 86981084296	TELEFONE 86981084296	NOME DA MÃE JOVELINA PEREIRA DE OLIVEIRA	RESPONSÁVEL ALBERTINA	
CEP QD 132 CS 14	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
BAIRRO DIRCEU ARCOVERDE I	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VEIO DA UPA DO RENASCENÇA, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EM TERESINA HA APROXIMADAMENTE 24H, RELATA ESTAR DE CAPACETE NA HORA DO ACIDENTE. AO EXAME NAO CONSEGUIU-SE PRECISAR SOBRE PERDA DE CONSCIENCIA, (HISTORIA CONFUSA), NEGOU VÔMITOS APESAR DAS NAUSEAS, NEGA OTORRAGIA OU RINORRAGIA. REFERE CEFLEIA DE FORTE INTENSIDADE HOLOCRAIANA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO DE TCE

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME DE IMAGEM :TC DE CRÂNIO / EXAME CLÍNICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O PACIENTE

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MEDIO

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA
CPF: 96324961320

CRM:

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

27/08/2019

DATA ADMISSÃO

27/08/2019 13:54

DATA ALTA

30/08/2019 09:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ANTONIO CASTELO BRANCO DE DEUS CPF: 01309423320	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 27/08/2019 15:48:36	CPF	CRM	DATA ANALISE
---	--	-----	-----	--------------

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 61958 - Em: (30/08/2019)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt.Nasc.	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
246073	520996	17/01/1955	CLÍNICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 10	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS			
Evolução: Hora:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades: TCE - MARSHALL II					
G.S. mm quizes Cond: Alto Hospitalar									
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA,								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				SL: pt de alta não - putden. Ento gomeira baixi aeren 38/4/17
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 18ML DE AD	50,00	mg	EV	8/8h				
3	DIPTRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2 ML + 18ML AD	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV	1,00	Ampola	EV	8/8h		SF 0,9%		
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML+ 8ML AD DE 8/8H EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	SN		AD		
6	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN				
7	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN		AD		
8	CAPTOPRIL 25MG SE PA> 160/110mmHG	2,00	Comprim	Oral	SN				
9	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h				



Observações Gerais: CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA + SINAIS VITAIS REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Bruno Magalhães
Neurologia
30/08/2019



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 61839 - Em: (29/08/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt.Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
246073	520996	ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA	17/01/1955	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 10	LEONARDO DE MOURA SOUSA JUNIOR		
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:							
Hora:		TCE - MARSHALL II							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta									
1	ORAL Tipo BRANDA, Nutricionista CRN: 10558	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	50,00	mg	EV	8/8h				
3	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 18ML DE AD	1,00	Ampola	EV	6/6h				
4	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2 ML + 18ML AD	1,00	Ampola	EV	SN				
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8ML AD DE 8/8H EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	IM	SN				
6	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	EV	SN				
7	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN				
8	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	2,00	Comprim	Oral	SN				
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA> 160/110MMHG	1,00	Comprim	Oral	8/8h				
FENITOÍNA SÓDICA 100 MG									

Observações Gerais: CABECEIRA ELEVADA 30° / FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA / SINAIS VITAIS REGULARES / NEUROCHECK 2/2 H

Dr. Leonardo Moura

Neurologista

CRN: 10558

Assinatura

Joana Luiza Mendes de Mesquita

Matrícula: 47390

SAME - HUT

CONFERE COMO ORIGINAL

29-08-2019

09:24

CRN: 10558

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

NOME: Antônio Pereira de Oliveira

PRONTUÁRIO: _____

IDADE: _____

ENFERMARIA/LEITO: 212/30

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIN): () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () ALTA DEPENDÊNCIA () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 29/08/2019

SINAIS VITAIS					ENTRADAS			SAÍDAS			
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURSE	DRENO
12	35,0	57		120							
18	35,2	63		120							
24	35	68		140/70							
06	35,7	64		170/80							

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM () ADMISSÃO				HORA:
1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso ()				
Glasgow: AO 14 / RV 5 / RM 6 = 15				
2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Paratética () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor				
3. Respiração: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () JTQT () Sem O ₂ () Com O ₂ :				
4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () J2T () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:				
5. Dieta: () VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()				
6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:				
7. Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integra () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas () Escoriações () LPPs				
8. Hidratação: () AVPM () JAVC () Outros:				
9. Drenos: () Sutor () Torácico () DVE () Kher () Penrose () Outros:				
10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () JSD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematuria () Outros:				
11. Evacuações: () Presentes () Constipado () Diarréia () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:				
12. Admissão: 12.1: Alergias () Não () Sim, Quais?				
12.2: Cirurgia Anterior: () Não () Sim, Quais? Data?				
12.3: Comorbidades: () Nega () DM () HAS () Outros, Quais?				
12.4: Medicamentos de uso contínuo:				

ESCALA DE BRADEN:			MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"	
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):	PONTOS:	CONTROLE:		
1- Totalmente / 2- Muito / 3- Levemente / 4- Nenhuma	4	ALTO RISCO AR: <12		
UNIDADE (Medição):	4	MEDIO RISCO MR: 12 a 14		
1- Completamente / 2- Muito / 3- ocasionalmente / 4- Nenhuma	4	BAIXO RISCO BR: 15 a 23		
ATIVIDADE:	3	CLASSE: 22		
1- Acamado / 2- Cadeira rodas / 3- Andar Ocasionalmente / 4- Andar Frequentemente	3			
MOBILIDADE (Limitação):	3			
1- Totalmente / 2- Muito / 3- Levemente / 4- Nenhuma	3			
NUTRIÇÃO:	3			
1- Muito pobre / 2- Adequada / 3- Adequada / 4- Excelente	3			
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO:	3			
1- Problema / 2- Problema Potencial / 3- Nenhum Problema	3			
TOTAL:	22			

ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):			PONTOS:	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0			0	SEM RISCO SR: 5-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0			0	BAIXO RISCO BR: 25 a 50
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobiliário / Pêndulo - 30 / Muletas / Bengala / Andador - 15 / Nenhum / Acamado / Auxílio Profissional Saúde - 0			0	ALTO RISCO AR: 51 a 135
4. TERAPIA ENDÓGENA: SIM - 20 / NÃO - 0			20	CLASSE: 22
5. MARCHA: Comprometida / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sem desequilíbrio, acamado, cadeira de rodas - 0			0	
6. ESTADO MENTAL: Superfície / Capacidade / Esquece limitação - 15 / Orientado / Capaz quanto a sua capacidade / Limitação - 0			0	
TOTAL:			20	

11:30 - Paciente segue em quiquê para o banheiro.
22:30 - Paciente orientado, consciente, sem alterações de consciência, sem alterações de estado mental. Em observação de 50 minutos.
06:10 - Paciente segue em quiquê para o banheiro.
em 15:00 em 15:20. Paciente segue em quiquê para o banheiro.
Apresenta P.A. = 170/80. Administrado (antipulm) 10.

22:30 - Paciente orientado, consciente, sem alterações de consciência, sem alterações de estado mental. Em observação de 50 minutos.
06:10 - Paciente segue em quiquê para o banheiro.
em 15:00 em 15:20. Paciente segue em quiquê para o banheiro.
Apresenta P.A. = 170/80. Administrado (antipulm) 10.



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - RUA
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 61672 - Em: (28/08/2019)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt.Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:					
246073	520996	17/01/1935	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 10	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS					
Evolução: Hora:		Diagnóstico/Comorbidades: TCE - MARSHALL II									
Seq.:		Descrição-Apresentação/Observação:		Dose: Unid.:		Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta		ORAL Tipo BRANDA,									
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO		1,00	Frasco	EV	12/12h					
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 18ML DE AD		50,00	mg	EV	8/8h					
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2 ML + 18ML AD		1,00	Ampola	EV	6/6h					
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8ML AD DE 8/8H EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS		1,00	Ampola	EV	SN					
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA		1,00	Ampola	IM	SN					
6	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA		1,00	Ampola	EV	SN				SF 0,9%	
7	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA		1,00	Ampola	EV	SN					AD
8	CAPTOPRIL 25MG SE PA> 160/110mmHG		2,00	Comprim	Oral	SN					
9	FENITOINA SÓDICA 100 MG		1,00	Comprim	Oral	8/8h					

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula 47380
SAME - AUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Observações Gerais: CABECEIRA ELEVADA 30° / FISIOTERAPIA MODERADA / RESPIRATORIA / SINAIS VITAIS REGULARES / NEUROCHECK 2/2 H

Marcus Vinicius Oliveira dos Santos
Neurocirurgião
CRM: 39550

2/50

() INTENSIVOS DATA:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM						() ADMISSÃO	HORA:
1. Estado Mental: () Consciente (X) Orientado () Torporoso () Glasgow: AO () RV / RM =							
2. Locomoção: (X) Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Parêstesia () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor							
3. Respiração: (X) Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () JTQT () Sem O ₂ () Com O ₂ :							
4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () ZT () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:							
5. Dieta: (X) VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()							
6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:							
7. Pele e mucosas: (X) Normocrápido () Hipocrápido () Ictérico () Integra () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas () Escoriações () LPPs							
8. Hidratação: () JAVP <u>inse</u> () JAVC () Outros:							
9. Drenos: () Suctor () Torácico () DJVE () Kher () Penrose () Outros:							
10. Diurese: (X) Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros:							
11. Evacuações: () Presentes () Constipado dias() Diarréia dias () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:							
12. Admissão: 12.1: Alergias () Não () Sim, Quais?							
12.2: Cirurgia Anterior: () Não () Sim, Quais? Data?							
12.3: Comorbidades: (X) Negativa () DM () HAS () Outros, Quais?							
12.4: Medicamentos de uso contínuo:							
16.08.2024 - Exame no 2.º dia. Segue consciente, orientado, como paciente em dieta líquida, normotensa, com parâmetros de peso e pressão dentro da normalidade para sua idade. Sinais vitais: FC 72 bpm, PA 110/70 mmHg, FR 18 rpm, SpO₂ 98% em ar ambiente. Ausculta pulmonar sem alterações. Exame físico sem alterações. Presença de edema leve nos membros inferiores. Sinais de desidratação não presentes. Nenhum sinal de infecção ou outras complicações. Continuar com dieta líquida e monitorização dos sinais vitais e estado geral.							



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 61589 - Em: (27/08/2019)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt. Nascimento:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
138203	520996	17/01/1955	ginecologia	212	10	ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA			
Evolução: Hora:		Diagnóstico/Comorbidades: TCE - <i>marcado H</i> <i>cr: observ</i>		Alergias:					
Seq.:	Descrição-Exatidão/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA,								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				<i>Obs: marcado com</i>
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		<i>(Obs: marcado com) bem sem est</i>
3	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	8/8h				<i>Obs: marcado com</i>
4	FENITOÍNA SÓDICA 50MG/ML, INJ. 5ML	1,00	Ampola	EV	8/8h				<i>Obs: marcado com</i>
5	PARACETAMOL 500MG + CODEÍNA 30MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h				<i>Obs: marcado com</i>
6	TRAMADOL 50MG/ML INJ. 1ML.	1,00	Ampola	EV	8/8h				<i>Obs: marcado com</i>
7	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML.	1,00	Ampola	EV	8/8h				<i>Obs: marcado com</i>
8	CAPTOPRIL 25MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h				<i>Obs: marcado com</i>
9	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML.	1,00	Ampola	IM	8/8h				<i>Obs: marcado com</i>
10	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	8/8h				<i>Obs: marcado com</i>



Observações Gerais: FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA
CABECEIRA 45 GRAUS
CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS

Antonio Carlos Sousa
Neurocirurgia
CRM - PI 3720

ENFERMARIA/LEITO:

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIN): () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () ALTA DEPENDÊNCIA () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 27 / 08 / 2018

SINAIS VITAIS						ENTRADAS			SAÍDAS		
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDAS/ORAL	DIURESE	DRENO
12											
16	35	96		45x100							
18	35,2	64	18	120/70							
24	36,2	66	20	120/80							
06	36	96	18	120/60							

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 42390
SAME - HCT
CONFERE COM O ORIGINAL

ESCALA DE BRADEN:			PONTOS:		CONTROLE:
• PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):	1-Totalmente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma	1			ALTO RISCO AR: <12
• UMIDADE (Molhadão):	1-Completamente / 2-Muito / 3-ocasionalmente / 4-Parcialmente	4			
• ATIVIDADE:	1-Ademado / 2-Cadeira rodas / 3-Anda Ocasionalmente / 4-Anda Frequentemente	4			MEDIO RISCO MR: 12 a 14
• MOBILIDADE (Limitação):	1-Totalmente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma	4			
• NUTRIÇÃO:	1-Muito pobre / 2-Inadequada / 3-Adequada / 4-Excelente	4			BAIXO RISCO BR: > 14
• FRICÇÃO E CISCALHAMENTO:	1-Problema / 2-Problema Potencial / 3- Nenhum Problema	3			
TOTAL:		20			CLASSIFICAÇÃO BR




ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):		PONTOS:	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM – 25 / NÃO – 0		0	SEM RISCO SR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM – 15 / NÃO – 0		0	
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobilidade / Parede – 30 / Muletas / Bengala / Apoiador – 15 / Nenhum / Acamado / Ausílio Profissional Saúde – 0		0	BAIXO RISCO BR: 25-50
4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM – 20 NÃO – 0		20	
5. MARCHA: Comprometida / cambaleante – 30 / Fraca – 15 / Normal / Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas – 0		0	ALTO RISCO AR: > 51
6. ESTADO MENTAL: Superfície capacidade / Esquece limitação – 15 / Orientado / Capaz quanto a sua capacidade / Limitação – 0		0	
TOTAL:		20	CLASSIFICAÇÃO BR

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso () Glasgow: AO / BV / RM =	
2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Parêstesia () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor	
3. Respiração: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () () Bem O ₂ () Com O ₂ :	
4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () 2T () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:	
5. Dieta: () VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()	
6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:	
7. Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integra () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas () Escoriações () LPPs	
8. Hidratação: () JAVP () JAVC () Outros:	
9. Drenos: () Suctor () Torácico () DVE () Kher () Penrose () Outros:	
10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros:	
11. Evacuações: () Presentes () Constipado () dias () Diarréia () dias () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:	
12. Admissão: 12.1: Alergias () Não () Sim, Quais?	
12.2: Cirurgia Anterior: () Não () Sim, Quais? Data?	
12.3: Comorbidades: () Mega () DM () HAS () Outros, Quais?	
12.4: Medicamentos de uso contínuo:	
10:40 Diminuído nuse pelo líquido de neurologia com diagnóstico de epilepsia, sem acompanhamento neurológico. Alergia medicamentosa, su hipertensão e diabética. No exame físico consciente e orientado, calmo físico, pele úmida, deambula, sem presença de edema. Contido a diálise, vo. E AVC em USD região anterior do tronco e funcionante, sem sinais fisiológicos de físico AC, BNF 2T, BMV+ suíte, resp. e respirando, sem agitação de O ₂ , saturação 92-95% em O ₂ .	

SUSPrefeitura de
Teresina**SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO**

NOME DO PACIENTE: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA				IDADE: 64 ANOS	
SETOR: VERDE	LEITO:	DATA: 27/08/19	HORA: 09: 52		
ESPECIALIDADE RESPONSÁVEL:	(X) CLÍNICO () PEDIATRIA			() ORTOPEDIA	
HISTÓRIA CLÍNICA				CID: S09	
QP:DOR DE CABEÇA HDA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 24 HORAS, NÃO UTILIZAVA CAPACETE, EVOLUINDO COM CEFALÉIA, NAUSEAS, MAL ESTAR. DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO HOJE, RX EVIDENCIANDO FRATURA EM CALOTA CRANIANA EM R.FRONTOTEMPORAL À ESQUERDA AO EXAME: EGR, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO AA, AFEBRIL. OREINTADO, GLASGOW: 15. SEM DEFICITS NEUROLÓGICOS, PUPILAS FOTORREFLEXAS E ISOCÓRICAS SEM RIGIDEZ DE NUCA. ACP: MV+ S/RA, RR2TBNF SEM SOPRO. ABDOMEN INOCENTE. EXTREMIDADES NORMOPERFUNDIDAS. HD: TCE MODERADO CD: SOLICITO TC DE CRÂNIO E AVALIAÇÃO PELA NEURO					
SINAIS VITAIS	PA 150X90	SPO2 99%	FC 71	TAX 36,5	
ESPECIALIDADE REQUERIDA: NEUROCIRURGIA / HUT					
Assinatura e Carimbo do médico solicitante:					

*Este espaço deve ser preenchido pelo
profissional do N.I.R*

PACIENTE INSERIDO NO SISTEMA? () SIM
() NÃO

ID DO PACIENTE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA** (Prontuário: 520996)
Endereço: RUA CORREIA DO COUTO Nº2443, PARQUE IDEAL - PARQUE IDEAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/01/1955 Idade: 64a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 738203
Requisição: 992730 Solicitação: 27/08/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1294340 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 27/08/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS COM FOCOS HEMORRÁGICOS LOCALIZADAS NOS LOBOS FRONTAL DIREITO, TEMPORAIS E PARIETAL ESQUERDO.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE SUPRATENTORIAL BILATERAL.
- SINAIS DE LEUCOPATIA MICROANGIOPÁTICA SUPRATENTORIAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA ENCEFÁLICA DIFUSA.
- ECTASIA "EX-VÁCUO" DO SISTEMA VENTRICULAR.
- ATEROMATOSE CAROTÍDEA.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 27/08/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tião 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA** (Prontuário: 520996)
Endereço: RUA CORREIA DO COUTO Nº2443, PARQUE IDEAL - PARQUE IDEAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/01/1955 Idade: 64a7m12d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 246073
Requisição: 993369 Solicitação: 29/08/2019 Solicitante: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA
Controle: 1295654 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 10

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 29/08/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- FRATURA ALINHADA EM OSSO TEMPORAL ESQUERDO.
- PEQUENO FOCO HEMORRÁGICO NO LOBO TEMPORAL ESQUERDO, COM EDEMA MARGINAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- ALARGAMENTO DIFUSO DOS SULCOS CORTICAIS, FISSURAS SYLVIANAS E CISTERNAS CEREBRAIS, COM ECTASIA DO SISTEMA VENTRICULAR, POR EFEITO EX-VÁCUO. ("REDUÇÃO VOLUMÉTRICA ENCEFÁLICA DIFUSA").
- ATEROMATOSE PARIETAL CALCIFICADA EM ARTÉRIAS CARÓTIDAS INTERNAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 29/08/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JÃO DE DEUS MARTINS"

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Antônio Pereira de Oliveira

114

ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

138.047.583-04

17/01/1955

1448 L B4 F 197

EXP CAMPO MAIOR-PI-05/10/87

138.047.583-04

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
DEBIL
1.113.997

DATA DE
EXPIRACAO
04/12/09

NOME
ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
JOVELINA PEREIRA DE OLIVEIRA
RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA

DOC. ORIGINAL
CAMPO MAIOR-PI

DATA DE NASCIMENTO
17/01/1955

CERT. CASAM. 1448 L B4 F 197

CPF
EXP CAMPO MAIOR-PI-05/10/87

TEREINA - PI
138.047.583-04

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Antonio Pereira de Oliveira
RG: 1.113.997 Órgão Emissor: SSP-PI
CPF: 138.047.583-04 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: Solteiro Profissão: Pedreiro
Endereço: Rua. Comuna do conto Nº 2305
Bairro: Parque Ideal Cep: _____ Cidade/UF: _____
Telefone: (86) 9.8807.7870 () _____

OUTORGADO:

NOME: Keylly Moura de Oliveira

RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP/P. CPF: 839.302.303-00

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Corretora de Seguros

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554 Bairro: Centro Norte

Cep: 64.000-902 Cidade/UF: Teresina, PI

Telefone: (86) 9.9472.9591 (86) 9.8837.7169

Pelo Presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e pratica, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Antonio Pereira de Oliveira

CPF: 138.047.583-04

Data do Acidente: 27 / 08 / 19

Cobertura Solicitada: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS () MORTE

Teresina, Piauí 24 SETEMBRO 2019

Local e Data

Antonio Pereira de Oliveira 

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
Rua Lacerda Magalhães, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0188 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br
Título: Antônio Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 24/09/2019. Selo: AAJ44982-5HST
www.tjpi.jus.br/portalexta

KELLY DE ABREU VALVERDE-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 38
PROCURAÇÃO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kelly de Abreu Valverde
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105090/20

Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 138.047.583-04

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 26/08/2019

Titular do CPF: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA : 138.047.583-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/03/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020
Nome: PAOLA LARISSA BREDÁ
CPF: 071.930.319-29

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDÁ

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105090/20

Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 138.047.583-04

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 26/08/2019

Titular do CPF: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA : 138.047.583-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/03/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020
Nome: PAOLA LARISSA BREDÁ
CPF: 071.930.319-29

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDÁ

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015907/20

Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 138.047.583-04

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 26/08/2019

Titular do CPF: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA : 138.047.583-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO